附件

火炬开发区残疾人康复服务救助申请审批表

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 | |  | 出生年月 | | |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | | | |  | | | | |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | 监护人姓名 | |  | | | 联系电话 | |  |
| 家庭经济状况 | □“双低”家庭 □“一户多残”家庭  □其它家庭 | | | | | | | | 户口  类别 | □农业户  □非农业户 | |
| 医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险 □享受城乡居民基本医疗保险  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | | | | | |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | | | |
| 残疾人或监护人申请 | 本人承诺提供的资料及发票真实无误 。  申请人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 村（居）委会  意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 区残联意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**填表说明：**

1. 此表一式两份。由残疾人或其监护人填写，经社区审核上报至区残联，由区残联审批并留存。
2. 申请需附申请人身份证、残疾证、银行账户的复印件，发票正本，如果是定点机构进行康复的，需附康复机构评估意见，如果是定点医院进行治疗，需附医院诊断证明、入院及出院记录等。
3. 康复项目必须与持证残疾类别相符。